

ANNEE 1970

THESE

N^o

554

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Michel CAZALS

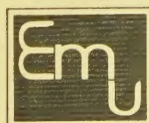
Né le 23 décembre 1942 à MECKNES (Maroc)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

INDICATIONS MEDICALES ET MEDICO-SOCIALES DE LA CONTRACEPTION

Président : M. VARANGOT, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550208_0032

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Michel CAZALS

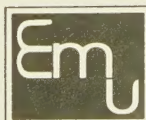
Né le 23 décembre 1942 à MECKNES (Maroc)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**INDICATIONS MEDICALES ET MEDICO-SOCIALES
DE LA CONTRACEPTION**

Président : M. VARANGOT, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A ma Femme,

A Laurent, Delphine et Saturnin,

A mes Parents,

Avec toute mon affection.

A Monsieur le Professeur VARANGOT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie Nationale de Médecine,

Membre de l'Académie de Chirurgie,

Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de
cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé GRASSET,
Gynécologue accoucheur des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur,

Sans son aide précieuse, ce travail
ne serait pas.

Toute ma reconnaissance et mon respect
lui sont dûs.

A Monsieur le Professeur Agrégé HENRION,

En témoignage de ma reconnaissance.

INDICATIONS MEDICALES ET MEDICO-SOCIALES DE LA CONTRACEPTION

Pendant longtemps les méthodes anticonceptionnelles ont été peu nombreuses et surtout décevantes. Pour éviter la survenue d'une grossesse, on recourait alors soit à des moyens radicaux préventifs, telle que la stérilisation per-opératoire au cours d'une opération césarienne itérative, soit à des moyens mécaniques constitués surtout par des préservatifs masculins. Destinés initialement à protéger les conscrits contre les contaminations vénériennes, ils ont rapidement servi presque essentiellement à protéger contre les risques de grossesse, associés parfois à d'autres procédés tout aussi courants : le coït interrompu et les ablutions vaginales.

Toutes ces méthodes comportaient un nombre considérable d'insuccès et devant des contre-indications formelles de grossesse, le Médecin ne pouvait donner que des conseils illusoires dont il était le premier à reconnaître l'habituelle inefficacité.

- La méthode des températures a ouvert la porte à l'espoir car pouvaient être ainsi déterminées avec plus ou moins de précision les périodes de non-fécondation en phase lutéale. Mais à vrai dire, cet espoir fut vite déçu car la méthode était délicate à suivre et infidèle dans ses résultats dans près du tiers des cas.

- C'est alors que les progrès de la thérapeutique et de la chimie ont pu permettre la mise au point de toute une série de produits susceptibles de bloquer l'ovulation sans pour autant compromettre définitivement la reprise de l'activité ovarienne : celle-ci au contraire s'en trouvait souvent accrue une fois la médication cessée. C'était le début de l'ère de la contraception par voie orale. Conjointement des recherches furent entreprises dans beaucoup de pays pour développer et améliorer des procédés mécaniques : capes, diaphragmes et stérilets.

Toutes ces méthodes anticonceptionnelles peuvent ainsi contribuer à faire disparaître le plus grand nombre des avortements, qu'ils soient criminels ou thérapeutiques. De plus, ces méthodes ménagent l'avenir en conservant les possibilités de fécondation pour le jour où une grossesse sera désirée ; c'est ce qui les oppose à la stérilisation, laquelle est une mutilation définitive.

- Du point de vue médico-social, la contraception, qui a pour but d'éviter de façon temporaire et réversible la conception, ne se réduit cependant pas à la mise en oeuvre d'une technique donnée. Elle doit tenir compte d'un ensemble de facteurs sociaux, économiques, culturels et religieux. Encore faut-il qu'elle soit acceptée par le couple : homme et femme et qu'elle respecte leur harmonie sexuelle.

- Du point de vue médical, le retentissement réciproque plus ou moins grave de la gestation sur divers cas pathologiques, va déterminer pour chacun d'entre eux, des contre-indications soit formelles définitives, soit temporaires, celles-ci devant être plus ou moins prolongées.

- Le choix des procédés anti-conceptionnels sera ainsi fonction de ces contre-indications.

LES METHODES ANTI-CONCEPTIONNELLES.

Les moyens contraceptifs peuvent agir à différents stades du mécanisme de la fécondation :

- empêcher la production des gamètes femelles : c'est le rôle de la pilule qui bloque l'ovulation ;
- empêcher la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovule : c'est à quoi s'emploient les différents modèles de préservatifs, masculins ou féminins ;
- ne permettre les rapports qu'en dehors des moments où les spermatozoïdes risquent de rencontrer dans la trompe un ovule vivant : c'est le but que s'assignent les méthodes d'abstention périodique ;
- tuer les spermatozoïdes avant qu'ils ne puissent arriver à l'ovule : c'est l'ambition des substances spermicides.

L'efficacité de ces différentes méthodes est donnée dans les statistiques par le nombre de grossesses involontaires rapportées à 100 femmes exposées pendant un an.

La stérilisation mise à part, ce sont les contraceptifs oraux puis les dispositifs intra-utérins qui donnent les meilleurs résultats :

Méthodes	Efficacité
Stérilisation	0,003
Contraceptifs oraux	0,3
Dispositifs intra-utérins	5
Diaphragmes et capes	12
Condom	14
Coïtus interruptus	18
Produits spermicides	20
Continence périodique	24
Toilette vaginale	31

D'après Eleanor MEARS.

I - Les méthodes d'abstinence périodique :

Deux méthodes utilisent l'abstinence périodique : la Méthode de Ogino-Knaus et celle des températures. Elles font appel à l'abstinence durant la période de fécondité de la femme, solution idéale à condition que cette période puisse être déterminée avec précision.

- La méthode d'Ogino-Knaus utilise un calcul de probabilité, basé sur la notation du début mensuel des règles. Une période d'observation préalable d'une année est nécessaire. Pour un cycle régulier de 28 jours, elle conseille de supprimer les rapports entre le 10ème et le 18ème jour, comptés depuis le début des règles. Le taux d'échecs de cette méthode est élevé et son discrédit à peu près général.

- La Méthode thermique repose sur l'observation de la courbe thermique rectale mesurée quotidiennement tout au long du cycle. Cette courbe a un aspect biphasique : jusqu'à l'ovulation, la température présente une phase d'hypothermie. Aussitôt après l'ovulation, la température monte : c'est le décalage. Puis on note un plateau thermique. L'infécondité est certaine à partir du 2ème jour du plateau thermique confirmé. C'est la méthode dite dure avec un taux d'échecs très faible, mais elle est mal acceptée et impossible d'emploi chez les femmes ayant des courbes anormales.

II - Le coït interrompu :

Universellement utilisé, c'est une mauvaise méthode contraceptive. Son taux d'échecs est élevé : 18 p. cent. Des fécondations sont en effet possibles non seulement par manque de contrôle du partenaire masculin, mais aussi par la présence de spermatozoïdes dans les mucosites de la verge avant même l'éjaculation.

III - Les spermicides chimiques :

Ce sont diverses substances chimiques ou médicamenteuses capables de tuer rapidement les spermatozoïdes et placées dans le fond du vagin avant les rapports. Les formes pharmaceutiques commercialisées comprennent des ovules solubles, des tablettes moussantes, des crèmes et des gelées. Employés seuls, on note environ 20 p. cent d'échecs.

IV - Les préservatifs masculins :

Le condom reste encore l'un des moyens contraceptifs les plus répandus. C'est une méthode sûre sous réserve d'une utilisation correcte. Le mode d'échecs habituels étant dû au fait que l'homme ne se retire pas assez rapidement, ce qui permet le reflux du sperme à la base du condom par suite de la détumescence de la verge.

V - Les préservatifs féminins :

Ils sont de deux types :

- les préservatifs permanents laissés à demeure comme les capes cervicales métalliques ou en calluloïd. Ces capes sont mises en place à la fin des règles et doivent être retirées dès le début des suivantes ;
- les préservatifs intermittents ou obturateurs ou diaphragmes.

Ils sont utilisés en association avec une gelée spermicide, condition essentielle de leur efficacité qui est d'environ 12 p. cent.

VI - Les contraceptifs endo-utérins :

Le stérilet n'est autre qu'un corps étranger introduit dans l'utérus et laissé en place de façon permanente dans cet organe. Il provoquerait une hypercontractilité tubaire qui accélérerait considérablement le cheminement de l'ovule fécondé ou non vers l'endomètre. La nidation ne peut avoir lieu car l'oeuf est trop jeune et la muqueuse utérine n'a pas atteint son complet développement de la phase sécrétoire.

Il existe quatre modèles principaux de contraceptifs endo-utérins :

- la spirale de Margulies,
- la boucle de Lippes,
- l'anse de Birnberg,
- l'anneau de Hall-Stone.

Leur efficacité est fonction du nombre d'expulsions et se situe aux environs de cinq grossesses pour cent années-femmes.

VII - La contraception par voie orale :

La contraception par voie orale est d'apparition récente en France, puisqu'elle n'a pas dix ans. Trois techniques sont actuellement utilisées pour bloquer l'ovulation :

1/ - Progestatif employé seul en traitement continu :

La méthode est caractérisée par une absorption quotidienne du progestatif à partir du premier jour des règles. Son efficacité n'as pas constante et de l'ordre de 95 à 97 p. cent.

2/ - Administration successive d'un oestrogène et d'une association oestro-progestative :

C'est la méthode dite séquentielle.

Le progestatif n'est administré que du 20ème au 25ème jour, tandis que la cure oestrogénique est instituée pendant tout le cycle du 5ème au 24ème jour.

Son efficacité est de l'ordre de 98 à 99 p. cent, inférieure à celle de la méthode cyclique. Elle serait plus proche de la physiologie et limiterait certains effets secondaires comme la prise de poids et les hémorragies.

3/ - Administration cyclique d'une association oestro-progestative :

C'est la méthode la plus largement utilisée, constamment efficace si elle est correctement appliquée. Elle consiste en une absorption quotidienne pendant trois semaines à partir du cinquième jour, suivie d'une interruption de sept jours au cours desquels survient une hémorragie de privation.

Les oestrogènes associés aux progestatifs dans les formules actuelles, sont soit l'éthinyl-oestradiol, soit le mestranol. Leur action oestrogène est pure, plus importante que celle de l'hormone naturelle.

Les progestatifs de synthèse d'effet contraceptif appartiennent à deux types de structure : l'un commandé par la progestérone et l'autre par les 19-norstéroïdes.

Les dérivés de l'hydroxy-progestérone sont dépourvus d'action oestrogène. Les principaux produits utilisés sont l'acétate de mégestrol et l'acétate de chlormadinone.

Les dérivés de la 19-nortestostérone ont des effets plus complexes. En particulier, certains dérivés ont une action oestrogène. Les principaux produits sont la Noréthistérone, le Noréthynodrel; le Diacétate d'étyndiol, le Norgestrel, la Norgestrienone (groupe des 3-oxy-stéroïdes) et le Lynestrénol (groupe des 3-desoxy-stéroïdes).

Malgré un certain nombre de contre-indications et d'intolérances, la contraception par voie orale est pour le moment la méthode la plus facile et la plus efficace. En particulier, en cas de contre-indications temporaires de la gestation, elle sera la méthode de choix.

LES INDICATIONS MEDICALES

La gestation constitue une véritable épreuve pour l'organisme maternel et un facteur d'aggravation manifeste dans certaines affections pouvant aller même jusqu'à menacer la vie de la mère. C'est pourquoi, un pronostic d'avenir devant être porté, il s'est avéré indispensable de réaliser une étroite collaboration entre les obstétriciens et les spécialistes médicaux. On pourra ainsi, d'après le diagnostic porté et le retentissement réciproque plus ou moins grave de la gestation sur divers cas pathologiques, déterminer pour chacun d'entre eux des contre-indications soit formelles définitives, soit temporaires, celles-ci devant être plus ou moins prolongées.

1/ - En cas de contre-indications définitives de la gestation, lorsqu'elles sont nettement établies et après l'accord de plusieurs spécialistes et de la famille, il est préférable de ne pas hésiter à recourir à la stérilisation pratiquée de préférence quand l'occasion est fournie au cours d'une intervention. Mais ce ne sont là que des procédés exceptionnels dont les indications se limiteront encore à mesure que se perfectionnent les autres procédés empêchant la fécondation. Le groupe concerne quelques affections redoutables :

a - Certains cancers pouvant être gravement influencés par la gestation, surtout s'ils ont été récemment opérés. En règle générale, toute grossesse doit être interdite ou interrompue.

- Il en est ainsi pour les cancers du sein.

- Plus impératif encore est le problème posé par certaines tumeurs cérébrales. Certes, il existe certaines tumeurs (méningiomes, neurinomes, adénomes hypophysaires) dont l'exérèse est possible et qui ne constituent que des contre-indications temporaires, mais le cas des gliomes semble le plus angoissant, surtout l'astrocytome récidivant à peu près fatalement à la suite d'une grossesse ultérieure.

- Quant aux leucémiques, elles peuvent subir une aggravation subite au cours de la grossesse.
 - Deux fonctions sensorielles peuvent être menacées très gravement par la gestation : la vision en cas de certaines altérations rétiniennes pré-existantes et l'audition au cours de certaines affections de l'oreille interne.
 - En ce qui concerne la vision :
 - = la classique chorioretinite chronique aggravée par la grossesse est exceptionnelle, certains mêmes en nient l'existence ;
 - = les névrites rétrobulbaires récidivantes à chaque opération sont aussi très rares, mais peuvent constituer des contre-indications définitives,
 - = certaines hémioptoses dues à des spasmes artériels se reproduisent à chaque grossesse pouvant entraîner les mêmes décisions ;
 - = moins rares sont les lésions oculaires observées au cours de certaines hypertensions artérielles chroniques qui dans 15 p. cent des cas environ sont aggravées à chaque grossesse.
 - b - En ce qui concerne l'audition, l'ostéosclérose ou otospongiose peut être une fois sur deux aggravée après chaque grossesse. Cette affection héréditaire subit une évolution habituellement lente. Elle aboutit dans les cas rebelles à la surdité complète. Quand cette évolution est accélérée par les grossesses, il est indiqué de les espacer, voire même de les empêcher définitivement.
 - c - Certaines opérations périnéo-vaginales peuvent constituer des dangers considérables en cas d'accouchement par les voies naturelles. C'est le cas par exemple des interventions pour fistules vaginales hautes, de certaines déchirures larges avec cures de prolapsus. Si la femme a déjà plusieurs enfants vivants, il peut être défendable de poser des contre-indications définitives.
 - d - Plus spécial est le cas de l'opération césarienne itérative : en règle générale, la majorité des auteurs considère qu'après la 3ème ou la 4ème intervention, l'interruption per-opératoire des trompes est un procédé de prudence. De toutes manières, le consentement des conjoints doit être obtenu au préalable.
- Observations n° 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 34.

2/ - Dans les cas de contre-indications prolongées, quand les méthodes orales habituelles sont impossibles à utiliser ou mal supportées, il est préférable de recourir à l'emploi de stérilet. Ces contre-indications sont constituées par toutes les affections au cours desquelles la survenue d'une gestation comporte pour la mère des risques plus ou moins considérables sans que l'on puisse prévoir avec une certitude suffisante, que les accidents surviendront ou non. Ce sont aujourd'hui les cas les plus nombreux. Il en sera ainsi par exemple de :

- a - Certaines lésions pulmonaires récemment guéries et assez étendues, parfois même de lobectomies ayant notablement diminué la capacité respiratoire.
- b - De certaines cardiopathies récemment décomposées ou mal stabilisées :
 - = d'insuffisances cardiaques aggravées par des grossesses successives et trop rapprochées ;
 - = de maladies mitrales graves ou de maladies d'Osler évolutives ;
 - = la commissurotomie elle-même risque lors de grossesses trop rapprochées de voir son bon effet disparaître ;
 - = enfin, il existe des malades porteurs de valvules artificielles de STARR, soumises en permanence à un traitement anticoagulant, contre-indiquant formellement la survenue d'une grossesse.
- c - L'hypertension artérielle permanente est susceptible d'être aggravée par la gestation et doit être considérée comme une contre-indication définitive si elle résiste au traitement, si elle présente un caractère d'instabilité, si elle s'accompagne de défaillance cardiaque, de lésions oculaires ou si elle a déjà été aggravée par des gestations antérieures. Mais le plus souvent, l'hypertension artérielle permanente constitue une contre-indication temporaire prolongée pendant toute la durée des explorations nécessaires pour établir un pronostic de l'affection, et étudier l'influence du traitement.
- d - A certaines néphrectomisées, il pourra être nécessaire d'interdire une grossesse si la valeur du rein sain n'est pas jugée suffisante. Ce problème se posant surtout en cas de tuberculose rénale.
- e - Il existe des toxémies récidivantes à chaque gestation qui peuvent entraîner des contre-indications définitives ou prolongées.

- f - Dans le groupe des maladies nerveuses, la survenue d'une gestation est habituellement défavorable. L'épilepsie, la sclérose en plaques entraînent souvent des contre-indications plus ou moins prolongées, de même en cas de myasthénie.
- g - Quant aux affections psychiques, elles sont habituellement très défavorablement influencées. La gestation en effet développe les tendances psychogènes, elle exagère la gravité des psychoses. Le terrain gravidique lui-même prédispose aux névroses. Il peut hâter l'apparition d'accidents plus graves de psychoses véritables qui, non seulement peuvent ne pas régresser après l'accouchement, mais encore subir des recrudescences à chaque grossesse. Il en est ainsi de certaines impulsions au suicide qui se reproduisent à chaque conception et aboutissent à l'auto-destruction.
- Observations n° 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 28, 32, 33, 35, 44, 47.

3/ - On peut enfin constituer un troisième groupe : celui des contre-indications temporaires limitées soit à la période nécessaire pour entreprendre des explorations médicales ou des traitements équilibrants de très nombreuses affections qui seraient défavorablement influencées par la survenue d'une grossesse. Parmi les plus importantes de ces affections qui sont très nombreuses, car elles concernent toutes les affections graves en général, nous citerons notamment le diabète instable et décompensé, les cardiopathies, les néphropathies, les maladies hépatiques, certains syndromes endocriniens, tel le syndrome de cushing ou la maladie de Basedow.

Le syndrome d'avortement à répétition rentre dans cette catégorie. Il est en effet préférable d'éviter toute nouvelle conception pendant la période de l'enquête étiologique.

En cas de contre-indication temporaire, ce seront les médicaments destinés à bloquer l'ovulation qui seront utilisés en premier. Cependant, une administration prolongée peut être mal supportée ou parfois même dangereuse. Aussi, ce traitement ne sera-t-il pas prolongé plus de 6 mois. Pendant les mois intermédiaires de repos, les médications orales seront remplacées par l'appareillage le mieux adapté couplé à la méthode des températures.

Observations n° 3, 4, 6, 7, 29, 30, 31, 36.

4/ - Un dernier problème très important est posé par l'existence des malformations foetales. Le véritable drame qu'apporte dans une famille l'enfant malformé est encore aggravé par le préjugé honteux qui s'y attache et la crainte de voir se reproduire le même accident lors d'une nouvelle grossesse.

En pratique, dans l'impossibilité de déterminer avec une certitude suffisante, la ou les causes probables, on fondera son pronostic sur les antécédents familiaux, le nombre des malformations dans la famille, l'âge des parents.

5/ - L'emploi des produits antiovulatoires ne se limite pas à la prévention de la conception. On a aussi mis au point d'autres indications thérapeutiques. Ainsi ces produits ont fait leurs preuves dans le traitement des dysménorrhées spasmodiques, des endométrioses, de certains troubles menstruels, des troubles de la ménopause et, en se servant du phénomène de rebond, dans le traitement de la stérilité fonctionnelle.

6/ - Du point de vue strictement médical, les contre-indications définitives ont pratiquement disparu grâce aux progrès de la thérapeutique : exceptionnels sont les états pathologiques au cours desquels la survenue d'une grossesse risquerait de compromettre gravement non seulement la vie de la mère, mais aussi parfois une fonction très importante.

Il existe encore cependant un très grand nombre de contre-indications temporaires. Elles sont alors destinées le plus souvent à permettre une action plus complète de la thérapeutique afin d'assurer, non seulement la possibilité, mais encore une meilleure qualité de la gestation ultérieure. Une régulation médicale de la conception semble donc indispensable.

LES INDICATIONS MEDICO-SOCIALES

Le problème médical proprement dit est loin de conditionner à lui seul toutes les contre-indications temporaires de la gestation qui peuvent se poser à la conscience du médecin. Celui-ci, en effet, ne doit plus méconnaître aujourd'hui les incidences du milieu extérieur, des conditions de vie et du milieu social. Ce sont elles qui sont susceptibles de modifier considérablement le pronostic des influences de la gestation non seulement sur les états pathologiques antérieurs plus haut cités, mais encore sur certains **organismes** maternels, trop éprouvés physiologiquement. Ainsi peuvent être posées les contre-indications temporaires d'ordre médico-social, entraînant l'utilisation des méthodes anti-conceptionnelles.

Parmi les conditions physiologiques défavorables, il faut en tout premier lieu placer :

1/ - L'âge de la femme :

Les obstétriciens considèrent comme primipares âgées celles qui ont atteint l'âge de 30 ans. L'observation montre en effet que dans cette catégorie, la gestation est bien supportée, mais que l'accouchement est plus difficile et plus long.

Chez la multipare également, l'influence de l'âge intervient et les statistiques prouvent que les gestations pathologiques sont trois fois plus fréquentes après la quarantaine.

2/ - La multiparité :

Elle constitue un facteur primordial à prendre en considération. Il est prouvé que la mortalité maternelle est quatre fois plus élevée à partir du cinquième enfant qu'au premier. Il existe en effet un véritable "surmenage utérin".

La multiparité chez une femme surmenée physiquement, l'accroissement du nombre des enfants, les difficultés économiques, constituent des charges difficilement surmontables chez ces femmes dont la résistance se trouve diminuée. Il s'y surajoute une sorte d'angoisse morale entretenue par la crainte qu'éprouve une femme de ne pouvoir faire face à l'accroissement de ses fatigues.

Il est alors compréhensible que cette femme abandonnée à ses seules forces, s'en remette à des méthodes extrêmes pour essayer de sortir d'une situation inextricable.

Les anticonceptionnels permettront alors d'espacer des gestations trop rapprochées et de pouvoir attendre une situation économique et familiale meilleure.

3/ - Les conditions de vie familiale et de logement sont des facteurs importants de prématuration.

4/ - Le travail de la femme retentit également sur la qualité du produit de la conception. Chez les travailleuses, le nombre des prématurés et celui des enfants de moins de 3 kg est deux fois plus important que chez les femmes qui ne travaillent pas.

5/ - La légitimité de la situation dans laquelle se trouve la femme retentit aussi sur la qualité du produit. On a montré que la mortalité était augmentée de 50 p. cent chez les enfants illégitimes et que 40 p. cent des prématurés sont mis au monde par des filles-mères.

C'est pourquoi de tels facteurs biologiques, sociaux et moraux doivent être pris en considération de la même manière que le sont les indications médicales pour l'application des méthodes anticonceptionnelles. Il faut que les médecins prennent de plus en plus conscience de leur rôle à la fois médical et social et que dans leurs décisions, ils tiennent compte des incidences du milieu dans lequel évolue la famille.

Il ne s'agit pas seulement, en effet, de mettre au monde des enfants vivants, mais encore qu'ils soient de la meilleure qualité possible et susceptibles de se développer harmonieusement dans un milieu approprié, c'est-à-dire dans l'harmonie de la famille saine physiquement et moralement.

Observations n° 5, 21, 27, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 49, 50.

O B S E R V A T I O N S

- Observation n° 1 - Mme BA... Martine :

Agée de 28 ans, cette jeune femme consulte pour bilan d'une néphropathie gravidique.

Au 7ème mois de la première grossesse sont apparus oedèmes et albuminurie massive. L'enfant pesait à terme 2 Kg200.

La deuxième grossesse s'est terminée par l'accouchement d'un foetus macéré pesant 1 kg 200, alors qu'il existait pendant cette gestation albuminurie et hypertension.

Une exploration néphrologique complète est pratiquée. On conclut à une néphropathie gravidique et une inhibition de l'ovulation est alors demandée par les néphrologues pour leur permettre un nouveau bilan complet 9 mois après le dernier accouchement.

Une association Oestro-Progestatine est alors prescrite du 5ème au 25ème jour du cycle dans un but inhibiteur de l'ovulation.

Aucune grossesse n'est survenue pendant ce traitement.

oOo

- Observation n° 2 - Mme GA... Odette :

Cette personne, âgée de 38 ans, a un rétrécissement mitral d'origine rhumatismale. Il existe une arythmie complète.

Elle a eu trois enfants. Son médecin juge qu'elle ne doit plus en avoir et demande de lui donner un traitement inhibiteur de l'ovulation. C'est dans ce but qu'elle nous est adressée.

A l'examen clinique, l'utérus est de taille normale ainsi que les annexes. La malade ovule assez régulièrement.

C'est dans ces conditions qu'on lui prescrit une association Oestro-Progestative du 5ème au 25ème jour du cycle.

L'inhibition de l'ovulation est efficace. Aucune grossesse n'est survenue.

oOo

- Observation n° 3 - Mme FL... Paule :

Agée de 33 ans, cette femme nous est adressée en vue d'inhiber son ovulation.

C'est une femme qui a eu, à la suite d'angines à répétition, une albuminurie et des hématuries. Il persiste une albuminurie intermittente avec de petites poussées hypertensives. C'est pourquoi, on nous demande d'inhiber son ovulation.

A l'examen, la malade a un utérus et des annexes normaux. Il n'y a rien d'autre de particulier à l'examen général. La tension artérielle minima s'élève à 9 et la maxima à 15.

On prescrit une association Oestro-Progestative du 5ème au 25ème jour pour inhiber l'ovulation.

oOo

- Observation n° 4 - Mme GU... Marie :

Cette femme de 23 ans est envoyée par un néphrologue en vue d'inhiber son ovulation.

Il s'agit d'une femme qui a fait une anurie à la suite d'une fausse-couche provoquée et chez laquelle, du moins pour l'instant, une grossesse apparaît indésirable.

Elle a des règles régulières maintenant et la courbe de température révèle une ovulation.

On prescrit alors une association Oestro-Progestative du 5ème au 25ème jour du cycle.

oOo

- Observation n° 5 - Mme OD... Andrée :

Agée de 44 ans, cette malade vient nous consulter en novembre pour la confirmation d'une sixième grossesse qu'elle interrompt en décembre. Un curetage est pratiqué.

Elle a eu de 1949 à 1958 quatre enfants dont un par césarienne. En 1956, elle déjà fait une fausse-couche.

A l'examen, l'utérus est globuleux, les culs de sacs souples.

Dès son retour de couches en janvier, un inhibiteur de l'ovulation lui est prescrit à raison d'un comprimé par jour du 5ème au 25ème jour du cycle. A plusieurs reprises, apparaissent des métrorragies sous produit alors que les règles se développent normalement.

L'inhibition de l'ovulation a été efficace et aucune grossesse n'est survenue durant l'utilisation de cette association oestro-progestative.

oOo

- Observation n° 6 - Mme OR... Claire :

Agée de 28 ans, cette jeune femme est venue nous consulter pour des troubles infectieux du post-abortum.

Depuis une fausse-couche datant de la fin Avril et malgré un retour de couches un mois après, il s'écoule des pertes sanglantes et purulentes.

Après avoir traité l'infection et l'ovarite scléro-kystique réactionnelle, on envisage de lui donner un traitement inhibant son ovulation.

Une association oestro-progestative à raison d'un comprimé par jour du 5ème au 25ème jour du cycle est alors prescrite.

A l'exception d'une prise pondérale, le traitement a été bien supporté. Aucune grossesse n'est survenue malgré l'absence de précautions chez le couple.

oOo

- Observation n° 7 - Mme PE... Thérèse :

Agée de 38 ans, cette jeune femme consulte pour des métrorragies persistantes après une fausse-couche spontanée de 4 mois et demi récente.

Les premières menstruations sont apparues à 12 ans et demi, les cycles sont réguliers. Elle a eu cinq fausses-couches provoquées curetées et une fausse-couche spontanée curetée en 1967.

Une hystérogographie montre qu'il s'agit de rétention placentaire et un nouveau curetage est pratiqué.

C'est après celui-ci qu'il lui est prescrit une association oestro-progestative du 5ème au 25ème jour du cycle pour inhiber l'ovulation.

oOo

- Observation n° 8 - Mme GA... Denise :

Agée de 31 ans, cette jeune femme est venue consulter pour des douleurs pelviennes. Il est alors découvert chez cette mère de trois enfants (1960, 1961, 1963), un kyste de l'ovaire opéré en Mars.

Elle revient consulter six mois plus tard dans le but de recevoir un traitement inhibiteur de l'ovulation par voie orale, en raison d'un prolapsus du premier degré. Une association oestro-progestative est alors prescrite du 5ème au 25ème jour du cycle.

oOo

- Observation n° 9 - Mme CAL... :

Agée de 35 ans, cette personne nous est adressée par un néphrologue en vue d'une inhibition de l'ovulation.

En effet, il s'agit d'une femme qui a une néphropathie discrètement hypertensive, tension artérielle à 18/10, urée à 0,75 g p. mille, et le néphrologue considère une grossesse comme indésirable.

Il est à noter que cette femme a toujours eu des règles régulières.

L'utérus est un peu gros, légèrement fibromateux. La courbe des températures montre des ovulations régulières.

C'est dans ces conditions que nous prescrivons une association oestro-progestative du 5ème au 25ème jour du cycle.

oOo

- Observation n° 10 - Mme DA... :

Cette personne nous est adressée à l'âge de 41 ans parce que son médecin juge inopportune toute grossesse en raison d'une hypertension artérielle à 22/13.

Cette femme a déjà trois enfants et a fait de nombreuses fausses-couches.

A l'examen, l'utérus est normal, les ovaires sont un peu gros et il existe une discrète cervicite.

La courbe des températures montre qu'il y a ovulation.

Une association oestro-progestative est alors prescrite du 5ème au 25ème jour du cycle dans le but d'inhiber toute ovulation.

oOo

- Observation n° 11 : Mme GO... :

Cette femme, âgée de 40 ans, nous est envoyée pour inhiber son ovulation.

Elle est atteinte d'hypertension artérielle ayant pour origine une néphropathie interstitielle et toute grossesse est contre-indiquée.

Après examen, après avoir constaté que son appareil génital est tout à fait normal, que son cycle ménothermique est régulier et ovulatoire, nous lui prescrivons une association oestro-progestative du 5ème au 25ème jour du cycle.

oOo

- Observation n° 12 - Mme BA... Paule :

Cette femme, âgée de 38 ans, nous est adressée pour inhiber son ovulation.

Il s'agit d'une malade qui a un rétrécissement mitral avec œdèmes et dyspnée. Elle a fait une crise d'œdème aigue du poulmon et une grossesse est jugée indésirable et dangereuse.

Elle a déjà eu un enfant, et cette grossesse a été mal supportée.

A l'examen, nous notons l'existence d'un utérus un peu gros correspondant à un retard de 3 semaines. Des cycles ménothermiques ont été dressés qui montrent une ponte ovulaire régulière.

C'est dans ces conditions que nous lui prescrivons une association oestro-progestative du 5ème au 25ème jour du cycle, dans le but d'inhiber son ovulation.

oOo

- Observation n° 13 - Mme B... Michèle :

Agée de 38 ans, cette malade entre dans le service pour césarienne.

Cette femme présente un angiome cérébral diffus ayant saigné avec coma, hypertension et albuminurie.

Antécédents : deux accouchements normaux en 1963 et 1965, une fausse couche à 2 mois.

Age présumé de la grossesse : 6 mois.

Il est pratiqué une hystérotomie transversale basse avec extraction d'une fille de 1.500 g (décédée 3 heures après la naissance).

Cette césarienne est accompagnée d'une ligature des trompes.

oOo

- Observation n° 14 - Mme B... Françoise :

Agée de 23 ans, cette jeune femme entre dans le service pour césarienne au terme du 8ème mois.

Cette malade présente une hypertension intra-cranienne provoquée par une tumeur de la fosse postérieure avec syndrome cérébelleux.

Antécédents : un enfant bien portant.

Une césarienne basse transversale est pratiquée avant tout début de travail, avec extraction d'une fille vivante de 2.500 g.

Une ligature des trompes est effectuée avant que la malade soit envoyée en neuro-chirurgie.

oOo

- Observation n° 15 - Mme R..., Chantal :

Agée de 29 ans, cette personne entre dans le service pour césarienne, en Novembre 1968.

Antécédents : un accouchement normal, une trépanation en 1959, pour hématome sous-dural post-traumatique.

Au terme du 9ème mois, est pratiquée une hystérotomie basse segmentaire transversale avec extraction d'un garçon vivant de 3.200 g.

Une ligature tubaire avec enfouissement du bout proximal est alors effectuée, une nouvelle grossesse étant contre-indiquée.

ooo

- Observation n° 16 - Mme P..., Monique :

Agée de 32 ans, cette femme entre dans le service en Février 1968, pour césarienne au terme du 8ème mois.

Antécédents : pyélonéphrite chronique depuis 1959 avec reflux vésico urétéral ; césarienne au 8ème mois en 1965 avec extraction d'un garçon vivant.

Cette femme prenait la pilule, l'a oubliée 36 heures. C'est sa deuxième gestation.

Il est pratiqué une hystérotomie transversale basse avec extraction d'une fille vivante de 2.600 g.

Cette césarienne est accompagnée d'une ligature bilatérale des trompes avec résection et enfouissement du moignon.

ooo

- Observation n° 17 - Mme GUE..., Simone :

Agée de 44 ans, cette femme est atteinte d'une maladie d'Addison, découverte en 1959.

Antécédents : un accouchement normal à terme en 1949, une césarienne en 1965 à 7 mois et demi, pour placenta proevia, une fausse-couche en 1964.

Elle entre dans le service en Avril 1969, au terme de 8 mois et demi, pour césarienne chez une Addisonienne actuellement équilibrée.

On pratique une césarienne basse transversale avant tout début du travail avec interruption tubaire.

oOo

-Observation n° 18 - Mme BA... Jacqueline :

Agée de 40 ans, cette femme est une grande multipare. Elle a fait douze grossesses dont cinq fausses-couches. Sept enfants sont bien portants.

Antécédents médicaux : importantes varices des membres inférieurs, souffle diastolique, H T A à 18/10.

Elle entre dans le service en Mai 1969 pour césarienne au terme du 8ème mois. Il s'agit de sa 13ème gestation.

Une césarienne basse transversale est pratiquée avec extraction d'une fille vivante de 2.600 g.

Cette opération est accompagnée d'une ligature tubaire.

oOo

- Observation n° 19 - Mme RO... Damia :

Agée de 23 ans, cette jeune femme entre dans le service en Novembre 1969 pour rupture de la poche des eaux au terme de 8 mois et demi.

Il s'agit d'une deuxième pare, qui a été césarisée en 1966 à terme pour rétrécissement aortique. Une tumeur comblant la concavité sacrée est découverte au cours de la deuxième césarienne.

On pratique une ligature tubaire.

oOo

- Observation n° 20 - Mme KE... :

Agée de 46 ans, cette femme entre dans le service en Novembre 1969 pour contractions utérines au terme du 9ème mois.

Il s'agit d'une deuxième pare.

Antécédents : césarienne à terme en 1965 pour bassin généralement rétréci.

Une césarienne permet l'extraction d'une fille vivante de 3.000 g. Cette opération est accompagnée d'une ligature tubaire.

oOo

- Observation n° 21 - Mme BAR... :

Agée de 39 ans, cette femme est une douzième pare. Dix enfants sont vivants : sept filles et trois garçons.

Elle entre dans le service au terme de 8 mois pour rupture spontanée des membranes. La présentation étant transversale, une césarienne est pratiquée avec extraction d'une fille vivante de 2.500 g.

Une interruption tubaire est pratiquée.

oOo

- Observation n° 22 - Mme ME... Martine :

Agée de 28 ans, cette femme entre dans le service en Novembre 1969 pour césarienne pour non engagement de la présentation.

Antécédents : 1960 : accouchement normal à terme, 1963 : accouchement normal à terme, 1966 : première césarienne, 1967 : deuxième césarienne.

Il s'agit donc d'une cinquième pare chez qui l'on pratique une troisième césarienne : une fille vivante de 4.000 g est extraite. L'opération est accompagnée d'une ligature tubaire avec résection et enfouissement.

oOo

- Observation n° 23 - Mme NO... :

Agée de 23 ans, cette femme entre dans le service en Novembre 1969, près du terme, pour césarienne pour bassin généralement rétréci.

Antécédents : en 1967 : première césarienne, en 1968 : deuxième césarienne. Dans les deux cas : phlébite post-opératoire.

Une césarienne est pratiquée avec extraction d'une fille vivante de 2.800 g. On décide de stériliser cette femme par ligature tubaire bilatérale.

oOo

- Observation n° 24 - Mme DA... Monique :

Agée de 43 ans, cette femme est une grande comitiale.

Elle entre dans le service pour césarienne avec interruption tubaire.

C'est sa première grossesse (8 mois et demi de gestation).

Antécédents : épilepsie depuis l'âge de 11 ans. Hospitalisée à l'hôpital Sainte-Anne à deux reprises en 1945 et 1950.

Une césarienne basse transversale est effectuée avec extraction d'un garçon vivant. Cette opération est accompagnée d'une ligature tubaire bilatérale.

oOo

- Observation n° 25 - Mme DU... Josiane :

Agée de 23 ans, cette femme est atteinte de comitialité traitée depuis treize ans.

Elle entre dans le service pour césarienne au terme du 9ème mois.

Antécédents obstétricaux : césarienne en 1967 pour disproportion foetale pelvienne (terme dépassé) avec extraction d'une fille vivante de 4.000 g.

Une deuxième césarienne est donc pratiquée avec extraction d'un garçon vivant. On fait une résection et ligature des trompes.

oOo

- Observation n° 26 - Mme DES... Berthe :

Agée de 25 ans, cette femme entre dans le service pour césarienne et ligature tubaire au terme de 8 mois et demi.

Antécédents obstétricaux : en 1961, accouchement normal à terme d'un garçon ; en 1962 : A N T d'une fille; en 1963 : une fausse-couche à deux mois avec curetage.

Antécédents médicaux : schizophrénie en voie de décompensation.

Une césarienne est pratiquée avec extraction d'un garçon vivant de 4.100 g. Cette opération est accompagnée d'une ligature et résection tubaire.

oOo

- Observation n° 27 - Mme LE... Simone :

Agée de 37 ans, cette femme entre dans le service pour accouchement normal à terme d'une fille vivante de 3.000 g.

Cette petite fille meurt quatre jours après d'une rupture d'hématome sous-capsulaire du foie.

Antécédents : six accouchements en 1953, 1956, 1958, 1960, 1962, 1963.

Crises d'épilepsie depuis l'âge de 16 ans. Malade sous traitement.

Cette femme est adressée à la consultation d'hygiène matrimoniale pour prescription d'une méthode contraceptive.

oOo

- Observation n° 28 : Mme BE... Kadija :

Agée de 36 ans, cette femme est une primipare. C'est sa deuxième gestation.

Antécédents médicaux : maladie de Basedow traitée. Insuffisance hormonale globale sévère traitée. Hypertension artérielle : 20/10.

Antécédents obstétricaux : une fausse-couche en 1964 (à la suite du traitement de sa stérilité, une grossesse était survenue).

Cette femme accouche au terme de six mois et demi d'une fille de 2.500 g macérée depuis 10 jours.

Il est envisagé la mise en place d'un dispositif intra-utérin.

oOo

- Observation n° 29 - Mme HA... Geneviève :

Agée de 26 ans, cette femme est une primipare qui entre dans le service pour contractions utérines au terme de 8 mois et demi. Accouchement normal d'une fille vivante de 2.940 g.

Antécédents : en 1964, une fausse-couche avec curetage.

Après cet accouchement, il est découvert un adénome thyroïdien du lobe droit.

Adressée en endocrinologie, cet adénome se révèle être hypofixant et colloïde de nature.

Une association oestro-progestative est alors prescrite pour permettre la mise en oeuvre d'explorations médicales.

oOo

- Observation n° 30 - Mme AO... Fatima :

Agée de 34 ans, cette femme de nationalité algérienne est une cinquième pare. Elle a quatre enfants vivants de 12, 11, 8 et 6 ans.

Il y a un an, découverte chez cette femme d'une maladie d'Osler entraînant son hospitalisation.

Actuellement, on note un souffle systolique de pointe chez une malade mitrale.

Un accouchement normal à terme a lieu avec naissance d'un garçon de 3.000 g.

Cette femme était à la limite de la compensation durant cette cinquième grossesse.

oOo

- Observation n° 31 - Mme FEV... Paulette :

Agée de 26 ans, cette femme entre dans le service pour sciatique gauche au cours d'une grossesse proche de 8 mois.

Antécédents : cinq accouchements normaux à terme en 1962, 1963, 1963, 1965 et 1968.

On trouve alors des traces d'albumine et une tension artérielle à 22/10. Cette femme accouche cependant normalement d'un garçon de 4.000 g.

La mise en place d'un dispositif intra-utérin est décidée par la suite pour permettre d'entreprendre un bilan.

oOo

- Observation n° 32 - Mme RAS... Soledad :

Agée de 24 ans, cette femme entre dans le service en Novembre 1969 pour contractions utérines au terme du 9ème mois.

Antécédents : il s'agit d'une primipare souffrant de crises Bravais-Tacksoniennes. La première crise commença au 5ème mois de grossesse : début au pied pour remonter dans l'hémicorps gauche et arriver à la face avec perte de connaissance.

Par la suite, cette femme faisait une crise tous les quinze jours.

Accouchement normal à terme d'une fille vivante de 3.400 g.

Par la suite, il est décidé la mise en place d'un dispositif intra-utérin.

oOo

- Observation n° 33 - Mme GRA... Martine :

Agée de 20 ans, cette jeune femme entre dans le service pour contractions utérines au terme d'une grossesse de 9 mois.

Antécédents : un accouchement normal à terme en 1966. Deuxième pare.

Rupture d'un anévrysme cérébral en Septembre 1966.

Cette femme accouche d'une fille vivante de 3.400 g. Il est alors découvert un second anévrysme de la carotide droite nécessitant son transfert en neuro-chirurgie.

Par la suite, il est décidé la mise en place d'un stérilet.

oOo

- Observation n° 34 - Mme TO... Raymonde :

Agée de 32 ans, cette femme entre dans le service pour césarienne avec interruption tubaire près du terme.

Antécédents : M.T.A. à 26 de maxima au cours de chaque grossesse avec albuminurie :

- En 1954 : A M T d'un garçon,
- En 1956 : A M T d'une fille,
- En 1958 : A M T d'un garçon,
- En 1966 : Accouchement d'un garçon mort macéré.

Il s'agit donc d'une cinquième gestation chez une femme prédiabétique, hypertendue et obèse (99 kilos).

H T A 20/11 - Albuminurie 69/1.

Une césarienne avec interruption tubaire est pratiquée. On extrait un garçon vivant de 2.900 g.

oOo

- Observation n° 35 - Mme VAL... Monique :

Agée de 26 ans, cette femme entre dans le service pour césarienne.

Antécédents : sténose de l'artère rénale gauche, découverte après eclampsie en 1963, opérée en 1968.

Il s'agit d'une deuxième gestation chez une deuxième pare.

Antécédents obstétricaux : en 1963, naissance d'une fille de 1.000 g à 7 mois de grossesse (décédée) avec H T A au 6ème mois et eclampsie.

On pratique alors une césarienne basse transversale à 8 mois et demi avec extraction d'un garçon vivant.

Une nouvelle grossesse étant contre-indiquée, la mise en place d'un stérilet est alors décidée.

oOo

- Observation n° 36 - Mme GOA... Theresa :

Agée de 21 ans, cette femme entre dans le service en Novembre 1969 pour contractions utérines chez une primipare au terme de 8 mois.

On note alors une tension artérielle de 22/14 avec albuminurie.

Cette femme accouche d'un enfant macéré de 1.740 g.

Conclusion : mort du fœtus in utero chez une jeune femme présentant albuminurie et H T A.

On décide par la suite la mise en place d'un stérilet pour permettre d'entreprendre les explorations médicales nécessaires.

oOo

- Observation n° 37 - Mme CHI... Monique :

Agée de 22 ans, cette jeune femme a accouché en Mars 1970 de son troisième enfant. Elle n'est pas mariée et vit avec un homme de nationalité dahoméenne.

Conseillée par l'assistance sociale, elle vient consulter dans le service.

L'homme avec qui elle vit ne veut pas qu'elle porte un "appareil" et ne lui permet que "la pilule ou l'opération".

Cette jeune femme de 22 ans, maman de trois enfants en trois ans, est angoissée par la perspective d'une nouvelle grossesse et souhaite un contraceptif efficace.

On lui prescrit un contraceptif par voie orale.

oOo

- Observation n° 38 - Mme CAN... Maria :

Agée de 25 ans, cette jeune femme espagnole vient du service de chirurgie où elle a été opérée d'une appendicite et d'un kyste à l'ovaire droit. Le chirurgien interdit toute grossesse car cette malade est extrêmement fatiguée physiquement et psychologiquement.

Cette femme a eu trois grossesses avec deux accouchements et une fausse-couche.

Ses conditions de vie sont médiocres et son logement insuffisant, sans confort.

On prescrit à cette femme une association oestro-progestative.

oOo

- Observation n° 39 - Mlle EO... Henriette :

Agée de 20 ans, cette jeune femme antillaise est dans une situation sociale difficile.

Mère de trois enfants, elle a sa fille chez sa mère aux Antilles et ses deux garçons en nourrice.

Agent hospitalier, elle vient de perdre son emploi, pense que les gens refusent de l'aider, n'a pas pu toucher ses primes de maternité.

Cette femme demande une ligature des trompes pour ne plus avoir d'enfants, elle ne pense jamais rencontrer d'homme stable.

Un contraceptif par voie orale est alors prescrit.

oOo

- Observation n° 40 - Mme TICH... Noëlle :

Agée de 22 ans, cette jeune femme est très anxieuse, angoissée à l'idée de la reprise de sa vie sexuelle interrompue pendant un an et demi, son mari étant parti faire son service militaire dans la coopération.

Il s'agit d'une primipare qui a été traumatisée par sa première grossesse qu'elle ne désirait pas et l'on note chez cette personne des éléments hystéro-phobiques.

On décide alors de lui prescrire une association oestro-progestative.

oOo

- Observation n° 41 - Mme AR... Antoinette :

Agée de 34 ans, cette femme vient consulter pour des motifs sociaux. Elle ne désire plus d'enfants pour le moment, car ses ressources sont médiocres, son mari étant malade depuis un an (tuberculeux).

Il s'agit d'une deuxième pare, qui a eu une fausse-couche provoquée ayant nécessité un curetage. Elle vient alors consulter pour bénéficier d'une méthode contraceptive.

Pour ces raisons médico-sociales, il est décidé la mise en place d'un dispositif intra-utérin.

oOo

- Observation n° 42 - Mme AM... Jeanine :

Agée de 29 ans, cette femme est adressée dans le service pour des troubles névrotiques. Elle et son mari ont quatre enfants et ne désirent pas en avoir d'autres.

Très anxieuse, hyperémotive, elle vit dans la crainte d'une grossesse.

Cette femme pense se séparer de son mari qu'elle trouve brutal. Celui-ci est actuellement inscrit au chômage.

Un dispositif intra-utérin est alors mis en place.

oOo

- Observation n° 43 - Mme AG... Irène :

Agée de 30 ans, cette femme est envoyée dans le service pour mise en place d'un dispositif intra-utérin.

Mariée à l'âge de 14 ans, elle a eu sept enfants et une fausse-couche. Ses ressources sont médiocres, son logement insuffisant, sans confort.

Depuis son dernier accouchement, elle présente une asthénie extrême. Elle a fait une infection urinaire sévère ayant nécessité son hospitalisation en chirurgie et une nouvelle grossesse serait catastrophique.

Vu le contexte social, le traitement oestrogène-progestatif n'est pas indiqué et il est décidé la pose d'un dispositif intra-utérin.

oOo

- Observation n° 44 - Mme ER... Jacqueline :

Agée de 32 ans, cette femme est adressée dans le service pour mise en place d'un stérilet.

Traitée à l'hôpital de la Salpêtrière, cette malade est une grande hystérique ayant fait des accidents de conversion dans la sphère digestive.

Son mari est un être fruste, ayant la phobie des médecins, les accusant d'être responsables de la maladie de son épouse.

Cette femme a deux enfants bien portants mais ses ressources sont médiocres et son logement sans confort.

Etant donné les troubles psychopsychiatriques de cette femme, il est justifié de mettre en place un dispositif intra-utérin.

oOo

- Observation n° 45 - Mme BA... Mireille :

Agée de 23 ans, cette jeune femme vient à la consultation d'hygiène matrimoniale après avoir accouché dans le service.

Il s'agit d'une deuxième pare, ses ressources sont médiocres. Elle est hébergée elle, son mari et ses deux enfants par des amis. Cette femme est sans profession et son mari est au chômage.

Cette jeune femme a fait un essai de contraception par voie orale, mais à la suite de difficultés d'ordre matériel, elle n'a pas pu continuer et il en est résulté une grossesse.

La mise en place d'un stérilet est alors pratiquée.

oOo

- Observation n° 46 - Mme PAR... Raymonde :

Agée de 40 ans, cette femme vient à la consultation d'hygiène matrimoniale car elle ne désire plus avoir d'enfants.

Il s'agit d'une onzième pare.

Ses ressources sont suffisantes, bien qu'elle ne travaille pas et que son mari soit en arrêt de travail pour infarctus.

Cette femme a présente une tuberculose pulmonaire en 1964.

Pour ces raisons médico-sociales, un dispositif intra-utérin est mis en place.

oOo

- Observation n° 47 - Mlle CHA... Nadine :

Agée de 18 ans, cette jeune femme nous est adressée pour mise en place d'un stérilet.

Elle présente un long passé psychopathique avec de nombreuses fugues et se trouve actuellement internée à l'hôpital psychiatrique départemental Charcot.

En février 1969, un accouchement thérapeutique a été pratiqué, une grossesse s'étant déclarée après une de ses fugues.

La prise quotidienne d'un contraceptif oral étant difficile chez cette malade, on décide la mise en place d'un stérilet.

oOo

- Observation n° 48 - Mme BU... Ginette :

Agée de 17 ans, cette jeune femme vient à la consultation d'hygiène matrimoniale après avoir accouché dans le service.

Il s'agit d'une primipare extrêmement traumatisée par son accouchement (la douleur revient sans cesse dans ses propos). Elle s'est mariée en cours de grossesse. Sa situation matérielle est médiocre et habite chez ses beaux-parents.

Cette femme désire un deuxième enfant, mais plus tard, quand sa situation sera améliorée.

Un dispositif intra-utérin est mis en place.

oOo

- Observation n° 49 - Mme CA... Carmen :

Agée de 38 ans, cette femme a trois enfants. Elle est employée manuelle alors que son mari est mutilé à 100 p. cent. Leurs ressources sont médiocres.

Elle a fait quinze fausses-couches dont sept ont nécessité un curetage.

Actuellement, cette femme est très angoissée, se trouve trop âgée pour avoir un autre enfant, a des difficultés matérielles certaines.

Après un échec de contraception par voie orale (elle oubliait de prendre la pilule), cette femme vient consulter pour une prescription contraceptive.

Un dispositif intra-utérin est alors mis en place.

oOo

- Observation n° 50 - Mme CA... Zina :

Agée de 24 ans, cette jeune femme vient consulter après son deuxième accouchement. Elle a deux enfants bien portants et ne désire pas en avoir d'autres jusqu'à nouvel ordre.

Son mari, âgé de 23 ans, est interné à Fresnes. Fugueur, fils de mère alcoolique, instable, il est soigné sur le plan psychique.

Ainsi les ressources de cette jeune femme sont médiocres. Elle vit en foyer, est employée de bureau.

Son mari devant être libéré dans quelques jours, elle vient consulter pour une prescription contraceptive. La pose d'un stérilet est alors décidée.

C O N C L U S I O N

Les méthodes anti-conceptionnelles sont susceptibles d'apporter à la médecine préventive un concours très précieux.

En empêchant la fécondation, elles peuvent en effet, non seulement éviter les répercussions fâcheuses d'une gestation sur certains états pathologiques préexistants, mais encore limiter dans une très grande mesure le nombre déjà réduit des avortements thérapeutiques.

En cas de contre-indications définitives de la gestation, la méthode de choix sera la stérilisation. Ces contre-indications devenues rares grâce au progrès de la thérapeutique, concernent encore certains cancers, les leucémies, l'opération césarienne itérative.

Les contre-indications prolongées de la gestation sont constituées par toutes les affections susceptibles de comporter pour la mère des risques plus ou moins considérables sans que l'on puisse prévoir avec une certitude suffisante si les accidents surviendront ou non.

Ce sont aujourd'hui les cas les plus nombreux. Il en sera ainsi par exemple de cardiopathies mal stabilisées, de l'hypertension artérielle permanente, d'affections psychiques graves.

En cas de contre-indications temporaires de la gestation, la contraception permettra alors d'entreprendre les explorations médicales ou des traitements équilibrants de très nombreuses affections qui seraient défavorablement influencés par la survenue d'une grossesse. Ce sera le cas du diabète instable et décompensé, du syndrome d'avortement à répétition.

A côté des indications médicales de la contraception, le médecin s'attachera à apprécier les incidences d'ordre médico-social, à faire la

distinction entre les indications thérapeutiques et prophylactiques réelles et certains motifs de convenance personnelle.

La contraception, en effet, ne se réduit pas à la mise en oeuvre d'une technique donnée. Elle doit tenir compte d'un ensemble de facteurs sociaux, économiques, culturels et religieux.

Ainsi, par ses indications médicales et médico-sociales, la contraception permet d'exercer une heureuse influence, non seulement sur la santé des mères, mais aussi sur la qualité de la descendance et l'harmonie du couple.

Vu, le Président de Thèse

Professeur VARANGOT

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - Colloque sur la contraception - Colloque de la Société Nationale pour l'Etude de la stérilité - fécondité - Paris, Masson, 1963.
- 2 - La contraception - Risques, inconvénients et facteurs d'échecs des diverses méthodes - Colloque de la Société Nationale pour l'étude de la stérilité-fécondité - Paris, Masson, 1963.
- 3 - Mme IAGROUA WEILL-HALE : La contraception et les Français. Evaluation de leur possibilité d'adaptation d'après une expérimentation de dix ans - Etude de 7.600 couples - Paris, Maloine 1967.
- 4 - CHAUVIN P. : La contraception intra-utérine par les stérilets. A propos de 1.000 cas - Thèse Méd. Paris 1967.
- 5 - BIACQUES-BELAIR M. et A. : La contraception, problème médical et humain. Evaluation des différentes méthodes. Points de vue législatif, religieux, démographique et sociologique - Paris, Maloine 1966.
- 6 - BARRAU et PERRIN : La vérité sur la contraception - Paris, Flammarion, 1966.
- 7 - SIMON P. : Précis de contraception - Paris, Masson 1968.
- 8 - Mme IAGROUA WEILL-HALE : Contraception orale ou locale. Expérience française sur 2.011 femmes - Paris, Maloine 1962.
- 9 - DALSACE J. et PALMER R. : La contraception. Problèmes biologiques et psychologiques - P.U.F. 1966, Paris.
- 10 - GONAND D. : La contraception. Problèmes médico-légaux - Thèse Méd. Strasbourg, 1966.

- 11 - PINCUS G. : Le contrôle de la fécondité - Paris, Masson 1967.
- 12 - REY J.L. : Connaissance des méthodes contraceptives et attitudes envers la contraception. Enquête en milieu urbain - Bordeaux, Ed. Bergeret.
- 13 - HERVET E. et BARRAT J. : Stérilité, contraception - Paris, Baillière et Fils, 1968.
- 14 - PERRET GENTIL G. : Avertissement et contraception - Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1967.
- 15 - CHARTIER, CORDIER, LEDOUX : Le couple et la limitation des naissances - Réflexions et informations sur la contraception - Paris, Let
leux - 1966.
- 16 - La pilule - Gazette Médicale de France - Paris, Octobre 1968.
- 17 - MEARS E. 1 Oral contraception - Churchill Ltd, London.
- 18 - La contraception par les stéroïdes hormonaux - O.M.S., Genève.
- 19 - SIMON P.H. : Précis de contraception - Masson, Paris.
- 20 - KAHN NATHAN J. et ROZENBAUM H. : La contraception hier, aujourd'hui, demain - Paris, Expansion scientifique, 1969.
- 21 - MICHELON B. : La contraception - Intermédia, Paris.
- 22 - La limitation des naissances - Documents Midy n° 63, Laboratoires Midy.
- 23 - IAGROUA WEILL-HALE (Mme) : La prescription contraceptive - Maloine, Paris.
- 24 - LUBITZ A. : Prévention de la conception et thérapie hormonale - Arztliche
Praxis, n° 23, 1965.
- 25 - GRASSET J. : Les contre-indications d'ordre médical de la gestation -
L'Hôpital, n° 772.

